

令和8年度「大腸がん検診」補助金申請書

下記の者は、別記実施要綱に基づく、大腸がん検診を受診したことを確認したため、以下のとおり補助金を申請します。

令和 年 月 日

静岡県自動車販売健康保険組合 あて

事業所名 事業主氏名	代表印
---------------	-----

申請金額	補助金 @1千円	×	人	=		円
	補助金 @1千円未満	×	人	=		円
	計			人	=	
事業所の振込口座	銀行	支店	普・当	()		
	口座名	()		()		

健保番号	氏名	領収日(又は受診日)	領収金額	年齢・資格等 チェック欄
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	
11			円	
12			円	
13			円	
14			円	
15			円	
16			円	
17			円	
18			円	
19			円	
20			円	

【対象年齢】 … ●大腸がん検診は40歳以上の被保険者及び被扶養者

※1.大腸がん検診は、健康診断等のオプション検査で実施した場合が対象です。1人上限1千円までの実費補助となります。

ドックの基本検査項目に含まれる場合は対象外です。また、秋に実施の松田病院(健保経由)で行う検診と併給はできません。

※2.自己負担された領収金額(又は請求金額)等を確認のうえ、必要事項を記入して下さい。

※3.本申請に誤りがなければ、事業主様の代表印を押印のうえ、申請をお願いします。

※4.用紙は適宜コピーのうえ使用して下さい。所要項目が同じであればExcelで作成した書式でも可能です。

※5.被扶養者からの申請は、被扶養者用の「家族がん検診助成金申請書」で申請ください。